

SEGURO DE VIDA COLECTIVO
CUESTIONARIO DE SALUD DEL ASEGURABLE

Las siguientes declaraciones las efectúa el Agente como parte integrante de la propuesta del seguro, actuando simplemente como testigo, previa lectura por ambos, de la siguiente disposición de la Ley Nro. 17.418 (Ley de Seguros) Art. 5 – “Toda declaración falsa o reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.”

Nombre completo del Asegurable:

Contratante:

Fecha de Nacimiento:/...../..... Ocupación o actividad:

Lea atentamente las preguntas y conteste sin omitir respuesta. Luego usted podrá firmar al pie de la declaración.

Sírvase indicar:

Edad: años

Estatura:cm.

Peso: Kg.

Presión arterial:

Responda SI o NO en cada casillero

En caso afirmativo completar

Tiene trastornos en la visión?

☐

Origen de esos trastornos oculares:

La acuidad visual de alguno de sus ojos es Inferior o igual a 3/10” sin corrección?

☐

Graduación de los lentes

Ojo izquierdo: Ojo derecho:

Se encuentra actualmente sin trabajo?

☐

Desde que fecha?

Motivos:

Fue usted exceptuado del servicio militar por razones de salud?

☐

Por qué motivos?

Está actualmente embarazada?

☐

De cuántos meses?

Sigue algún tratamiento en particular?

☐

Cuál?

Durante los últimos 5 años, debió usted interrumpir su trabajo

Por más de 30 días consecutivos?

☐

Por qué motivo?

Fechas

.....

Por más de 90 días en un mismo año?

☐

.....

Durante los 2 últimos años, consultó a,
o debió ser hospitalizado por

Un servicio médico?

☐

Por qué motivo?

Cuándo?

Un servicio de cirugía?

☐

.....

Un servicio neuropsiquiátrico?

☐

.....

Fue usted sometido a:

Una intervención quirúrgica?

☐

Por qué motivo?

Cuándo?

Un tratamiento de radioterapia?

☐

.....

Un tratamiento de quimioterapia

o inmunoterapia?

☐

.....

Una transfusión sanguínea?

☐

.....

Un test HIV?

☐

.....

Resultado::

Positivo

☐

Dudoso

☐

Negativo

☐

Padece usted o padeció en los últimos dos años de:

Naturaleza

Cuándo?

Enfermedades del sistema nervioso o

depresiones?

☐

.....

Trastornos cardíacos, vasculares o

broncopulmonares?

☐

.....

Enfermedades óseas, articulares o

reumáticas?

☐

.....

Enfermedades digestivas, renales o

sanguíneas?

☐

.....

Hepatitis virósica (excluyendo la hepatitis A)?

☐

.....

Hipertensión arterial?

☐

.....

Trastornos metabólicos (diabetes,

colesterol triglicérido)?

☐

.....

Infecciones como consecuencia de una

☐

.....

Inmunodeficiencia adquirida?

.....

Padece alguna enfermedad crónica?

Naturaleza

Desde cuándo?

☐

.....

Se encuentra usted bajo tratamiento médico?

Naturaleza

Desde cuándo?

☐

.....

Padece usted alguna incapacidad?

☐

Naturaleza

Desde cuándo?

.....

Presenta secuelas de accidentes o enfermedades?

☐

.....

.....

Es usted titular de una renta por invalidez, de un beneficio de accidente de trabajo o enfermedad profesional? (en caso afirmativo adjuntar certificado)

☐

Motivo

Desde cuándo?

.....

Ha sido usted informado que en los próximos meses deberá someterse a:

Por qué razones?

Exámenes médicos de laboratorio?

☐

.....

Otros exámenes?

☐

.....

Tratamiento?

☐

.....

Internación y/o intervención quirúrgica?

☐

.....

Tienen sus padres o hermanos tienen antecedentes de infarto del del miocardio o angina de pecho, derrame cerebral, enfermedad renal, neurológica grave o cáncer?

☐

Precisar la afección, fecha de comienzo y evolución

.....

.....

.....

	Si están vivos		Si han fallecido	
	Edad	Estado de Salud Antecedentes	Edad al Fallecer	Año y causa del deceso
Padre				
Madre				
Hermanos(as)				
Hijos(as)				

Ha presentado anteriormente otra solicitud de seguro de vida?

Por qué razones?

En caso afirmativo:

Fue aceptada con extraprima?

.....

Fue aceptada con alguna exclusión?

.....

Fue postergada?

.....

Fue rechazada?

.....

Declaro haber leído y comprendido cada una de las preguntas formuladas y respondido en forma completa y sincera. Certifico no haber ocultado nada que pueda influir a Beneficio Personas Seguras S.A. en la correcta apreciación del riesgo y relevo del secreto profesional a los médicos que me han asistido.

Lugar y fecha:.....

.....
Firma del Asegurable

.....
Firma del Agente